

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1089.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COLUMNISATION DU VAGIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hyacinthe QUINCIEU

Né à Avignon (Vaucluse), le 4 novembre 1869.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1089.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

COLUMNISATION DU VAGIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Hyacinthe QUINCIEU

Né à Avignon (Vaucluse), le 4 novembre 1869.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. RODET.
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (Étienne).
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DIDELOT.	ROCHET.	BARRAL
		MOREAU
		} chargés des fonctions d'agrégés.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. ROLLET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION.

Depuis deux ans nous suivons, à la Clinique des Maladies des Femmes, les leçons de notre vénéré maître, M. le professeur Laroyenne; et grâce à la bienveillance extrême de son assistant, M. le professeur agrégé R. Condamin, nous avons pu nous y familiariser avec les procédés et la pratique de la petite chirurgie gynécologique.

Parmi ces procédés, il en est un employé depuis peu à la clinique et qui a donné d'excellents résultats. A notre avis il mérite, à tous les points de vue, d'être mis en usage car il est très simple et, dans la plupart des cas, soulage rapidement les malades. Je veux parler de la columnisation du vagin.

Ce mot de columnisation n'éveille probablement, à l'heure actuelle, aucune idée dans l'esprit de ceux qui ne s'occupent pas spécialement de gynécologie. Il s'agit simplement de l'introduction dans le cul-de-sac de Douglas et dans les culs-de-sac latéraux de tampons glycéринés maintenus en place par une colonne (columna) de tampons serrés convenablement et occupant la capacité du vagin. C'est assez simple, comme on voit ;

le médecin fait ce pansement sans peine, les malades le supportent merveilleusement bien, car elles voient leurs souffrances diminuer presque aussitôt ; de plus c'est inoffensif entre les mains de tout praticien sérieux. Ce dernier avantage est bien appréciable pour ceux qui, peu habitués aux manœuvres gynécologiques, voudraient le mettre en usage dans leur pratique privée.

Nous avons vu appliquer la columnisation un très grand nombre de fois ; nous avons nous-même pratiqué cette opération plus de deux cent cinquante fois et nous avons attentivement suivi nos malades. Nous avons donc, de ce sujet, une certaine expérience personnelle. Nous voulons, dans ce travail, après un coup d'œil rapidement jeté sur l'historique de la question, nous étendre plus particulièrement sur le manuel opératoire et sur les indications de la méthode. Puis, nous mentionnerons les divers moyens employés comme complément de la columnisation, en insistant un peu sur le massage, en raison de l'importance toute spéciale de ce procédé. Enfin, dans un dernier chapitre, nous exposerons brièvement nos idées sur la valeur de ce mode de traitement — tant au point de vue des résultats immédiats que des résultats éloignés — ainsi que notre impression générale sur l'ensemble de la méthode. Bien que le nombre des observations publiées à la suite de ce mémoire soit restreint, l'ensemble des cas que nous avons eu à traiter ainsi atteint déjà un chiffre suffisamment élevé pour que les idées que nous émettons sur ce sujet aient une certaine valeur au point de vue expérimental et clinique. Le nombre des mala-

des qui ont été traitées par la columnisation dans le service de M. le professeur Laroyenne dépasse aujourd'hui le chiffre de 250. Si l'on admet que chaque patiente a vu renouveler son pansement cinq fois en moyenne, on obtient le chiffre de 1250 columnisations pratiquées en deux ans et demi environ. Sur ce total approximatif, nous avons exécuté nous-même l'opération de 200 à 250 fois.

Le présent travail forme le sujet de notre thèse inaugurale. Avant d'aller plus loin, nous tenons à remercier M. le professeur agrégé R. Condamin qui a bien voulu nous encourager dans cette voie et nous aider de ses conseils. Nous voulons lui dire combien nous avons été sensible à l'intérêt qu'il n'a cessé de nous montrer, et notamment à la preuve de confiance qu'il nous a donnée en nous chargeant spécialement de pratiquer les columnisations et le massage à la Clinique des Maladies des Femmes. A M. le professeur Laroyenne nous devons aussi des remerciements pour le bon accueil qu'il nous a toujours fait dans son service, et pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse. M. le professeur agrégé Léon Didelot, dès le début de nos études médicales et M. le professeur agrégé Devic, médecin des hôpitaux, n'ont cessé d'être pour nous des maîtres aussi dévoués que bienveillants. Nous avons souvent mis à contribution leur bon vouloir et leur science ; qu'ils reçoivent l'expression de nos sentiments respectueux et dévoués.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

La columnisation paraît avoir été pratiquée pour la première fois par Bozeman ; c'est ce que James Etheridge établit dans une communication faite à la Société de gynécologie de Chicago, le 17 février 1887 (1).

Néanmoins, c'est à V.-H. Talliaferro d'Atlanta (2), que revient l'honneur d'avoir employé d'une façon systématique, dès 1877, ce mode de pansement que les gynécologues américains désignent couramment aujourd'hui sous le nom de méthode de Talliaferro. Il avait bien vu, dès le commencement, quel parti on pouvait tirer de cette compression méthodique des culs-de-sac péri-utérins et de la cavité vaginale par

(1) Antiseptic tamponnement of the vagina in the treatment of pelvic inflammation. (In *American journ. of obstet.* t. XX, p. 655.)

(2) V.-H. Talliaferro : The application of pressure in diseases of the uterus, 1878.

les tampons glycélinés, puisqu'à la fin de son travail il affirme que les résultats thérapeutiques de sa méthode sont les suivants :

- 1° La pression diminue l'afflux du sang ;
- 2° Elle accroît l'absorption des exsudats ;
- 3° Elle détruit les tissus hyperplasiques par métamorphose rétrograde ;
- 4° Elle réduit tout déplacement.

La méthode préconisée par le gynécologue d'Atlanta ne tarda pas à se répandre aux Etats-Unis, et quelques années plus tard, en 1887, une série de communications et de discussions à la Société de gynécologie de Chicago, et plusieurs articles parus dans l'*American Journal of obstetric*, vinrent confirmer la valeur de ce procédé. Cœ (1), Tucker (2), Rewes Jackson (3), Gray (4) et enfin W. W. Potter adoptent les conclusions de Talliaferro et emploient couramment sa méthode. Ce dernier (5), dans un mémoire très intéressant et très documenté étudie longuement le sujet ; puis il complète les conclusions de Talliaferro par les suivantes :

(1) Cœ : Can old intra-pelvic adhesions be stretched by continuous pressure, applied through the vaginal fornix? (*Americ. Journ. of obstet.* : t. XX, 1887, p. 60 et 169).

(2) Tucker et Cœ : The vaginal tampon in pelvic adhesions. (*Loc. cit.*, p. 288 et 516).

(3) Rewes Jackson : Vaginal pressure in the treatment of chronic pelvic diseases. (*Loc. cit.*, p. 649).

(4) Gray : Talliaferro's operation. (*Tr. M. Soc. Arkansas. Little Rock* 1888, p. 97).

(5) W. W. Potter : The use of the vaginal tampon in pelvic inflammation. (*Loc. cit.*, p. 1092).

1° C'est un très bon traitement pour la rétroversion adhérente. L'application d'un pessaire doit être toujours précédée par le tamponnement du vagin pour un temps plus ou moins long, suivant les cas ;

2° Dans les inflammations pelviennes péri-utérines, soit cellulaires, soit péritonéales, ce traitement changera souvent le cours de la maladie et en arrêtera les progrès, préviendra la suppuration ou en arrêtera les ravages, et souvent amènera une heureuse issue sans qu'on ait finalement recours à une intervention chirurgicale.

Vers cette époque, le professeur P. F. Mundé (1), de New-York, vulgarise la méthode de Talliaferro dans son manuel à l'usage des étudiants et des praticiens, et dès lors, la columnisation devient en Amérique un procédé de thérapeutique gynécologique des plus employé.

Malgré sa grande popularité au-delà de l'Océan, le traitement de Talliaferro paraît être très peu connu, presque ignoré même, non seulement en France, mais dans toute l'Europe. Les traités de gynécologie allemands et anglais les plus récents sont aussi réservés sur cette question que les classiques français parus en ces dernières années. Huellman (2) se serait parait-il,

(1) P. F. Mundé : *Minor surgical gynœcologia*. New-York. Traduction française par E. Lauwers. *Traité de petite chirurgie gynécologique*. Bruxelles, 1890.

(2) Huellman : *Der Frauenarzt*. (In *Americ. journ. of obstetr.* : t. XX, p. 336).

très bien trouvé de l'emploi des tampons glycéринés comprimant les culs-de-sac vaginaux.

Le professeur Pozzi dans son *Traité* (1) et MM. S. Bonnet et P. Petit, dans leur *Traité pratique* (2), se bornent à une simple mention du procédé et n'insistent pas davantage.

Voici plusieurs années que la columnisation est employée systématiquement à Lyon dans différents services. A la Clinique des Maladies des Femmes de M. le professeur Laroyenne, notamment, elle fut introduite par l'assistant de celui-ci, notre maître M. le professeur agrégé R. Condamin. Les premiers résultats furent publiés par lui l'année suivante (3). Au même moment M. Auvard (4) signalait de son côté la méthode surtout au point de vue du traitement de la salpingo-ovarite. Toutefois, le « *modus operandi* » de l'éminent accoucheur des hôpitaux de Paris diffère légèrement, comme nous le verrons plus tard, du procédé de M. Condamin. Enfin, en décembre 1894, dans sa thèse inaugurale, le Dr Ismaïl V. Dervich (5) publie un certain nombre d'observations et se déclare partisan convaincu de la columnisation.

(1) S. Pozzi : *Traité de gynécologie*, 2^e édition. Paris 1892, p. 85.

(2) S. Bonnet et P. Petit : *Traité pratique de gynécologie*. Paris 1894, p. 589.

(3) R. Condamin : *Lyon médical*, 3 juin 1894. *Mercredi médical*, 6 juin 1894.

(4) Auvard : *Archives de tocologie*, juin 1894, p. 401.

D'Hotman de Villiers : *Semaine médicale*, 12 mai 1894.

(5) Ismaïl Vehbi Dervich : Thèse de Lyon 1894, n° 998.

CHAPITRE DEUXIÈME.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous passerons successivement en revue le manuel opératoire des auteurs qui se sont occupés de la question. Nous décrirons ensuite soigneusement notre procédé habituel, tel qu'il a été réglé par M. le professeur agrégé R. Condamin, ainsi que les diverses modifications de détail apportées au *modus operandi* selon les circonstances.

A. — *Procédés divers.* — Dès l'origine, Talliaferro pratiquait la columnisation de la manière suivante : La malade était placée dans la position génupectorale, et l'air entrant dans le vagin distendu ainsi comme un ballon, il introduisait à l'aide d'une pince, jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur, deux ou trois plumasseaux d'ouate trempés dans la glycérine, puis remplissait le reste du canal avec des tampons secs de laine finement cardée et bien tassée. La vulve, naturellement était maintenue libre, pour faciliter la miction. D'après Talliaferro, la laine est préférable au

coton, comme étant plus élastique, et comme elle est au préalable trempée dans une solution phéniquée, puis soigneusement exprimée, il ne se produit ni fermentation nuisible, ni mauvaise odeur; il suffit de renouveler le pansement tous les deux ou trois jours en moyenne.

On pourrait reprocher à Talliaferro d'employer pour son pansement une substance simplement antiseptisée et non stérilisée. On ne doit pas cependant insister sur ce point, car quand il décrit sa méthode, il ne pouvait évidemment mieux faire. Mais aujourd'hui, nous n'hésitons pas à déclarer, et nous sommes sûr que tous pensent comme nous, que l'acide phénique, même en solution très étendue, est une substance mauvaise pour l'antisepsie de tampons qui vont rester en contact prolongé avec toute la muqueuse du vagin et le col de l'utérus. D'ailleurs l'auteur lui-même s'était bien rendu compte des inconvénients de cet agent chimique, car il annonce (1) que l'on voit survenir fréquemment des abrasions de la muqueuse, dues à la pression de ces tampons phéniqués, abrasions qui peuvent quelquefois obliger à interrompre le traitement. Mais il est un reproche plus important, que nous adressons au gynécologue d'Atlanta; la position gènepectorale qu'il impose à ses malades pour l'application des tampons, facilite évidemment la manœuvre à l'opérateur et permet peut-être de placer plus commodément les tampons dans l'arrière-

(1) Mundé. Loc. cit ; p. 236.

fond du vagin. Mais cet avantage est largement compensé, non-seulement par la fatigue que ce mode de station peut imposer aux patientes, mais surtout par l'invincible répugnance que les femmes éprouvent à se présenter ainsi au chirurgien. Tous ceux qui ont un peu de pratique des maladies des femmes, savent par leur propre expérience combien il est difficile quelquefois de leur faire prendre la position dorsale, la plus simple pour l'examen au spéculum. A quoi bon leur imposer sans nécessité le sacrifice de leurs sentiments les plus délicats ? Je ne parle pas seulement des femmes dites honnêtes ; sous ce rapport elles se ressemblent toutes, à peu de chose près, et nous avons vu les moins farouches par profession, devenir singulièrement pudibondes quand il leur fallait subir un examen gynécologique.

Nous estimons d'une façon générale, qu'il ne faut mettre les malades dans la position gènupectorale, de même que dans la position glutéo-dorsale (1) que lorsqu'il y a nécessité absolue ; dans tout autre cas on doit choisir la position qui effarouche le moins la pudeur des malades. Il y a là une question de délicatesse facile à comprendre, et nous sommes persuadé que l'on peut très bien faire une columnisation dans la position dorsale habituelle, sans qu'il y ait,

(1) Décubitus sur le dos et les fesses seulement, sans appui des pieds, les cuisses étant fléchies sur l'abdomen, les genoux très écartés et rapprochés du thorax presque jusqu'au contact de celui-ci. La vulve regarde alors en haut et en avant, position très favorable pour certaines opérations.

hors certains cas très rares, nécessité d'opérer dans la position gènupectorale.

Depuis Talliaferro, la columnisation a été pratiquée selon son procédé par les gynécologistes américains sans modifications importantes.

En France on n'emploie pas la laine pour confectionner les tampons. De plus, les chirurgiens qui ont mis en pratique chez nous la méthode de Talliaferro ne procèdent pas tous d'une manière identique. Ainsi le procédé de M. Auvard diffère de celui de notre maître par quelques modifications qu'il est utile de signaler. L'éminent accoucheur des hôpitaux de Paris agit en effet de la façon suivante (1) :

« On applique le spéculum..... puis on verse dans
« l'intérieur du spéculum une certaine quantité de
« glycérine, la quantité que contiendrait un verre à
« liqueur. On peut aussi y ajouter un peu d'iodo-
« forme, mais cette addition d'iodoforme n'est pas
« absolument nécessaire.

« Avec les pinces à pansement on introduit un pre-
« mier tampon dans le cul-de-sac postérieur, puis un
« autre dans chaque cul-de-sac latéral ; un quatrième
« tampon est appliqué dans le cul-de-sac antérieur.
« Ces tampons sont faits avec de l'ouate hydrophile ;
« leur volume est celui d'un abricot. Il faut avoir soin
« de bien appliquer chaque tampon dans le cul-de-sac
« vaginal afin de bien le distendre. Lorsque tous les
« tampons sont introduits, le col utérin est enserré

(1) Auvard. *Archives de Tocologie*, 1894, p. 401.

« entre eux, et l'utérus se trouve maintenu par une
« sorte de coussin circulaire sur lequel il repose.

« Les tampons s'imbibent de la glycérine qui a été
« versée dans le vagin; ils doivent rester 24 heures en
« place, et ne seront retirés que par le médecin au
« moment de sa consultation. »

Tout d'abord, il nous paraît plus simple d'introduire des tampons glycinés d'avance, avant leur emploi, et ensuite exprimés suffisamment, comme nous faisons. Il n'est point nécessaire, pour produire l'effet thérapeutique cherché, et sur lequel nous insisterons plus loin, d'introduire directement dans le vagin des flots de glycérine. Il ne faut pas oublier que cette substance, en raison de son extrême affinité pour l'eau, a une action tellement marquée sur la muqueuse vaginale qu'elle produit une exsudation séreuse d'une abondance extraordinaire, et cela même lorsqu'on a eu la précaution d'exprimer très fortement les tampons. A quoi bon, en conséquence, procéder de cette manière ?

Il est un cas cependant, où le procédé spécial de M. Auvard pourra rendre des services ; c'est si l'on se trouvait en présence d'une lésion nécessitant la colunisation chez une femme vierge. Le D^r d'Hotman de Villiers (1), dans un cas de salpingo-ovarite parenchymateuse chronique très douloureuse, ayant résisté à tous les traitements habituels, survenue chez une

(1) D'Hotman de Villiers : *Archives de Tocologie*, 1894, p. 569.

jeune fille de 19 ans, a obtenu d'excellents résultats en agissant ainsi. L'hymen ovalaire, intact, permettait assez facilement l'introduction de l'index. Il introduisit avec de grandes précautions un petit spéculum bivalve dans l'ouverture du diaphragme hyménéal et coula « largâ manu » de la glycérine dans le vagin, et puis glissa par la même voie de tout petits tampons d'ouate hydrophile. Renouvelé de deux jours en jours, le pansement produisit un très bon résultat, et tout était rentré dans l'ordre à la cinquième fois, dix jours après le début du traitement. Dans ce cas, c'est certain, la glycérine introduite au préalable a bien facilité l'introduction des tampons, en pénétrant en abondance dans les replis de la muqueuse ainsi distendue et lubrifiée, a permis leur glissement jusqu'au fond des culs-de-sac.

Toutefois, ce que M. d'Hotman de Villiers a négligé de signaler, c'est la façon dont l'enlèvement des tampons a eu lieu. J'imagine que cela n'a pas été sans de vives douleurs pour la patiente et sans une certaine difficulté pour l'opérateur. Dans de quelles circonstances notre propre procédé, le procédé de la mèche, sur lequel nous insisterons plus loin, nous paraît bien plus commode à tous les points de vue. En somme, pour en revenir à notre sujet, dans les cas habituels, le manuel opératoire de M. Auvard, nous paraît être assez compliqué, et cela sans nécessité. Pourquoi rendre ce pansement à la fois plus difficile à faire et plus désagréable à supporter ?

C'est ce maximum de simplicité dans le manuel opératoire et en même temps le minimum de désagrément

ments pour les malades qui se trouve réalisé dans notre *modus operandi* habituel; il en est de même dans les modifications de détail qu'on lui fait subir pour l'adapter plus spécialement aux diverses circonstances. On pourra s'en rendre compte en lisant la suite de notre travail.

Il est toutefois un reproche plus grave que nous adresserons à la pratique de M. le D^r Auvard. M. Auvard, en effet, dit textuellement qu'il place « un quatrième tampon dans le cul-de-sac antérieur » et quelques lignes plus bas il ajoute : « Il faut avoir « soin de bien appliquer chaque tampon dans le cul-de-sac vaginal afin de bien le distendre. »

De deux choses l'une, ou bien l'auteur n'a pas clairement traduit sa pensée en ne faisant aucune restriction en ce qui concerne le tampon placé dans le cul-de-sac antérieur du vagin; ou bien il a tout-à-fait méconnu le rôle que remplit ce « quatrième tampon ». En effet, l'expérience nous a appris très rapidement, dès les premiers mois de l'application de la méthode, que l'on doit être extrêmement prudent dans l'application de ce « quatrième tampon ». Alors que le bourdonnet que l'on met le premier, et que l'on pousse le plus haut possible dans le douglas, doit être fortement appliqué, puis maintenu en place par les tampons suivants, et que les deux tampons que l'on glisse dans chacun des culs-de-sac latéraux, doivent être de même bien tassés et fixés ainsi dans leur position, celui que l'on glisse en avant du col utérin dans le cul-de-sac antérieur, ne doit pas être serré; il doit être simplement maintenu par les tampons suivants, mais avec une pression des

plus modérée. On s'expose autrement à produire des douleurs, parfois très violentes, de la compression de la vessie et fréquemment des contractions très pénibles de cet organe au moment de la miction. Je ne parle pas ici de la gêne apportée à la miction par une columnisation trop longue, empiétant sur l'orifice vulvaire en comprimant l'urètre sous la symphyse.

J'insiste tout particulièrement sur ce fait que l'on doit éviter avec soin toute compression un peu forte dans le cul-de-sac antérieur. J'ai vu personnellement, une des malades de la consultation, supportant sans aucune gêne sa columnisation renouvelée plusieurs fois, revenir un matin dans le service en suppliant qu'on lui enlève aussitôt le dernier pansement, fait la veille. Cette femme avait éprouvé des sensations très pénibles dans le bas-ventre dès l'application des tampons, et ces douleurs inaccoutumées étaient allées en augmentant, au point qu'elle affirmait n'avoir pu dormir la nuit suivante. De plus, elle n'avait uriné qu'à grand peine et les mictions étaient suivies d'une exacerbation violente des douleurs.

En introduisant le doigt pour enlever le pansement, nous nous sommes rendu compte de ces phénomènes. Les tampons ne comprimaient pas l'urètre sous la symphyse pubienne; mais l'un deux, le « quatrième tampon » précisément avait été logé trop profondément dans le cul-de-sac antérieur. Maintenu en place par la colonne serrée des tampons suivants, il comprimait la vessie et était cause de tout le mal. La suite des choses en est d'ailleurs la preuve : la columnisation avait été faite, sous notre direction, par un jeune élève peu

familiarisé avec la méthode. Aussitôt ce pansement enlevé, nous refaisons nous-même une nouvelle columnisation qui, cette fois, fut très bien supportée, comme l'avaient été les précédentes, sans aucun phénomène douloureux.

Ce fait montre bien quelles précautions on doit prendre, et nous sommes fort étonné que M. Auvarde ne se soit pas préoccupé, dans ses descriptions, de signaler avec quelle prudence on doit tamponner le cul-de-sac antérieur du vagin.

B. — *Notre procédé.* — A la clinique de M. le professeur Laroyenne, nous faisons la columnisation dans la plupart des cas, de la manière suivante : (1)

a) Après désinfection soigneuse du vagin, un spéculum ordinaire est introduit aussi profondément « que possible et ses branches écartées. On place alors « les tampons, en commençant par celui qui doit « occuper le fond du cul-de-sac postérieur, puis en « continuant par ceux qui sont destinés aux culs-de- « sac latéraux et antérieur. Ils sont en coton hydro- « phile ou boriqué trempé dans la glycérine neutre et « fortement exprimés pour ne pas se réduire ensuite « dans le vagin. Ils doivent présenter le volume d'une « grosse noix. Les premiers, qui devraient rester en « contact avec les culs-de-sac vaginaux et le col utérin « sont en outre saupoudrés d'iodoforme. De cette façon

(1) Condamin. *Lyon médical*, 3 juillet 1894, et Ismaïl V. Dervich, thèse de Lyon, 1894, n° 998.

« ils constituent d'abord un pansement antiseptique,
« et d'autre part empêchent aux écoulements utérins
« et vaginaux de se putréfier et de présenter au bout
« de quelques jours une odeur fétide. Les tampons qui
« sont dans le reste du vagin sont simplement imbibés
« de glycérine. De cette façon, l'odeur de l'iodoforme
« ne vient pas incommoder la malade et son entou-
« rage. Ces tampons doivent être très serrés pour
« produire un effet utile; ce sont surtout ceux qui dis-
« tendent le cul-de-sac postérieur qui doivent présenter
« ce caractère. Néanmoins la pression ne doit jamais
« être telle qu'elle puisse déterminer une douleur
« persistante. »

A mesure que le fond du vagin et du spéculum se comble par l'application de tampons successifs, on retire le spéculum en ayant grand soin de refouler en même temps, avec une pince, l'ensemble des tampons. Sans cette précaution on ramènerait avec le spéculum les bourdonnets de coton, ou tout au moins on diminuerait la pression qui doit exister au niveau du cul-de-sac postérieur. Nous disons au niveau du cul-de-sac postérieur, car l'expérience, ainsi que nous le disions plus haut, nous a appris que les tampons placés dans le cul-de-sac antérieur doivent être très modérément serrés sous peine d'entraîner une gêne très marquée dans la miction et aussi des phénomènes douloureux. Les derniers bourdonnets imbibés de glycérine ne doivent pas dépasser le plan vertical de la symphyse pubienne. Il est même bon de rester légèrement en arrière, surtout si le constricteur de la vulve a conservé sa tonicité et peut suffire à maintenir en

place la colonne des tampons. Placer quelques-uns de ceux-ci plus bas exposerait à une compression de l'urètre et une gêne très notable, sinon à une impossibilité absolue de la miction. Nous insistons particulièrement sur ces détails.

La columnisation est en somme très facile à mettre en pratique par tous les médecins à condition, bien entendu, que l'on soit sûr du diagnostic. Ceux qui ne sont pas familiarisés avec les manœuvres gynécologiques s'exposent, en exécutant mal l'opération, à mettre sur le compte de la méthode des inconvénients qui ne sont imputables qu'à eux-mêmes. Il y a là une question d'habitude, un certain doigté à acquérir pour la hauteur que l'on doit donner à la colonne des tampons et le degré de pression qu'il faut leur communiquer. Connaissant ces petits écueils, il sera toujours facile de les éviter.

Ainsi, par exemple, il est bon, en général, de toujours prévenir la malade que si elle éprouvait une certaine gêne en urinant, elle n'aurait qu'à enlever un ou deux des premiers tampons pour voir cet inconvénient disparaître. Elle doit aussi être prévenue que dans les jours qui suivront cette application elle perdra une certaine quantité d'eau sous l'influence de la glycérine, sans quoi, alors même qu'elle serait soulagée, elle ne manquerait pas d'attribuer des effets fâcheux à cet écoulement de liquide. Cette perte d'eau, en effet, ne peut manquer, par sa quantité, de lui paraître insolite.

Certaines femmes sont obligées même de se garnir alors comme au moment des règles, tant l'écoulement est considérable. Les premières séances de columnisa-

tion produisent d'ailleurs ce phénomène d'une façon bien plus marquée que les suivantes.

Ainsi disposés, combien de temps les tampons doivent-ils rester en place? cela varie. Certaines de nos malades les ont gardés quinze jours et même trois semaines sans inconvénients, c'est-à-dire sans qu'ils présentent une odeur fétide, mais cela à la condition expresse, bien entendu, que les tampons soient fortement imprégnés d'iodoforme. Ce délai, toutefois, est beaucoup trop long. D'une façon générale on doit admettre qu'il faut les changer en moyenne tous les cinq ou six jours au moins, et même plus souvent, quand c'est possible. La plupart des malades très bien soulagées les deux premières journées d'une columnisation, souffrent un peu et se trouvent de nouveau gênées en marchant vers le troisième ou le quatrième jour. Cela tient à ce fait que les tampons s'étant réduits peu à peu dans le vagin ne constituent plus un bon support pour soutenir les organes malades; de plus l'action spéciale de la glycérine qui les imprégnait est en grande partie épuisée au bout de 48 heures, et l'écoulement aqueux qui soulageait beaucoup les patientes est à peu près tari. Nous estimons que pour un traitement bien conduit, la columnisation doit être renouvelée après deux ou trois jours, et l'indication du renouvellement du pansement se trouve dans ces deux faits déjà mentionnés : le soulagement des premiers jours commençant à diminuer, et l'hydrorrhée tendant à disparaître. Telle est du moins notre opinion personnelle, fondée sur les faits nombreux que nous avons observés nous-même.

Nous avons dit que les premiers tampons sont saupoudrés d'iodoforme. Cette pratique est très utile, surtout au début du traitement. Indépendamment de son action antiseptique permanente pendant tout le temps que le pansement est en place, l'iodoforme agit encore comme un anesthésique local léger. Cet effet n'est pas à dédaigner, surtout dans les cas de douglassite, où les douleurs sont souvent si violentes. Toutefois, quand on renouvelle fréquemment les columnisations, il est préférable, croyons-nous de n'employer ainsi l'iodoforme que dans les deux ou trois premières séances. Cette substance est toxique, elle s'absorbe en notable quantité au niveau de la muqueuse avec laquelle elle est en contact, et fréquemment les malades accusent au bout de peu de jours quelques douleurs de tête, quelques troubles gastriques, ainsi que le goût d'iodoforme, si désagréable, qu'elles ont en permanence à la bouche. On évite ces symptômes d'intoxication qui pourraient devenir rapidement assez graves, en n'employant que des tampons glycerinés simples dès que les premières columnisations ont apporté un soulagement aux douleurs éprouvées par les malades. L'antisepsie du vagin est suffisamment assurée par les lavages à l'eau boricquée ou bouillie que l'on pratique toujours avec grand soin entre chaque pansement.

Lorsque les règles surviennent, il est bon d'interrompre le traitement; mais il ne faut le faire que le plus tard possible. Nous laissons d'habitude la columnisation en place, en recommandant à nos malades de venir nous trouver lorsque l'écoulement sanguin aura

paru. Elles ne s'en aperçoivent, en général, qu'au bout de quelques heures, quand l'hydrorrhée produite par la glycérine commence à se teindre de sang. Nous enlevons alors les tampons, et, après un lavage antiseptique minutieux du vagin, les malades sont laissées en repos jusqu'à la fin de leur période menstruelle. En agissant ainsi, on réduit au minimum l'interruption du traitement, au grand bénéfice des patientes. De plus, dans le cas de déviations utérines produisant une dysménorrhée habituelle, on voit nombre de femmes dont les règles surviennent alors sans phénomènes douloureux. L'utérus étant soutenu en bonne position, la cause mécanique de la dysménorrhée est supprimée, ou tout au moins beaucoup amoindrie. Les malades s'en trouvent fort bien, et c'est encore une bonne raison pour justifier le retrait tardif du pansement.

A propos des règles, il est nécessaire de bien s'assurer, par des interrogations discrètes et répétées, de la date exacte à laquelle les malades ont vu survenir celles-ci, et du jour où elles les attendent de nouveau. Si l'on constate la moindre hésitation, et que les explications de la patiente ne paraissent pas absolument satisfaisantes lorsqu'elle vient se faire examiner pour la première fois, mieux vaut attendre quelques jours avant de commencer le traitement. Quoique cela ne se produise que rarement, il faut bien savoir que certaines femmes, ayant de bonnes raisons pour redouter une grossesse, viennent au premier retard trouver le médecin en accusant des troubles du côté de leur appareil génital. Elles espèrent tromper sa vigilance et l'amener ainsi à faire une manœuvre, hystérométrie ou tampon-

nement, qui pourra les débarrasser d'un embryon qui les gêne. En agissant toujours avec circonspection, on évitera de provoquer ainsi un avortement des premières semaines, lequel bien qu'involontaire, n'en serait pas moins déplorable.

Parmi les précautions à prendre, en général toutes les fois que l'on traite une femme par la columnisation, il est en outre essentiel de se rendre compte exactement du fonctionnement des organes digestifs. La plupart des patientes ont une constipation plus ou moins forte. On doit veiller avec soin à maintenir l'intestin libre au moyen du régime et des laxatifs, et au besoin par des purgatifs légers et des lavements.

Mais ce n'est pas tout de placer une columnisation : il faut aussi l'enlever sans faire souffrir les patientes. Or, le frottement des tampons contre les parois vaginales est toujours assez douloureux, surtout les premières fois. Au bout d'un certain temps la muqueuse devient moins sensible et l'extraction des tampons moins désagréable pour les malades. On sort ceux-ci en insinuant avec précaution l'index et le médius gauches entre les parois du vagin et la colonne médicamenteuse, puis, une pince à pansement étant glissée doucement entre ces deux doigts, on saisit un à un les bourdonnets en ayant soin de ne pas pincer la muqueuse entre les mors de l'instrument. D'habitude, nous n'employons même pas la pince; l'index étant profondément glissé jusque vers le cul-de-sac postérieur, puis recourbé en crochet, nous attirons ainsi un ou plusieurs tampons dont nous faisons en quelque sorte l'accouchement successif. Les tampons, serrés

par le doigt ainsi recourbé sur eux, ne frottent pas la muqueuse. Celle-ci n'est en contact qu'avec le doigt de l'opérateur, et la manœuvre est indolore. D'ailleurs, on doit se méfier de la glycérine que l'on emploie. Si elle n'est pas absolument neutre, elle devient bientôt irritante et, par suite, l'enlèvement des tampons est extrêmement pénible pour les malades.

Tel est, décrit avec soin, le procédé habituel; telles sont aussi les petites précautions qu'on doit toujours prendre.

b) Mais il est, selon les circonstances, quelques modifications de détail applicables aux différents cas.

Ainsi, par exemple, dans une rétroversion, l'utérus mobilisé et remis en place par le chirurgien a besoin d'être maintenu en bonne position; mais on ne peut encore appliquer un pessaire à cause d'une douglasite persistante; si l'on emploie le spéculum, la rétro-déviatiion se reproduira pendant l'introduction de l'instrument et la columnisation ne remplira pas le rôle de soutien moelleux qu'elle doit avoir dans ce cas. On évitera cet inconvénient en supprimant le spéculum. On pousse alors les tampons entre l'index et le médius gauches préalablement introduits dans le vagin; la pince, tenue de la main droite, les conduit en place en les faisant glisser entre les deux doigts. L'index maintient en même temps l'utérus réduit, en appuyant sur le col. La difficulté est ainsi tournée avec avantage, cette manière d'agir n'étant ni plus difficile pour l'opérateur ni plus dangereuse pour la patiente que le procédé ordinaire. D'une façon générale, nous pensons

même qu'il vaut mieux opérer ainsi d'emblée dans la plupart des circonstances. C'est, d'ailleurs, ce que nous faisons nous-même. Chacun sait combien le doigt, guidant ainsi un objet quelconque dans une cavité peu accessible à la vue donne à chaque instant, grâce à son exquise sensibilité tactile, des renseignements plus précis que n'importe quel appareil.

c) Quand on a affaire à une de ces paramétrites postérieures, de ces douglassites qui parfois effacent presque complètement la cavité du cul-de-sac postérieur, on emploie avec avantage une éponge pour remplacer le premier tampon, celui qui doit être en contact avec le fond du douglas. Cette idée d'employer une éponge appartient en propre à M. Condamin. Depuis qu'il l'a mise en pratique dans le service de M. le professeur Laroyenne, on n'a eu qu'à s'en louer à tous les points de vue. L'éponge désinfectée, puis imbibée de pétrovaseline iodoformée et exprimée ensuite énergiquement est glissée, réduite à son plus petit volume, en arrière du col utérin. On la maintient ainsi réduite par une pression convenable du reste de la columnisation. Sèche au début, l'éponge en s'imbibant sur place des liquides vaginaux se distend peu à peu et reforme rapidement une cavité de Douglas primitivement indurée et presque nulle.

d) D'autres fois, il est nécessaire de columniser une femme qui présente un certain degré de vaginisme, une étroitesse particulière de la vulve, ou bien encore de la vaginite granuleuse. L'expérience nous ayant prouvé que chez la plupart des malades l'extraction des

tampons est le temps le plus pénible de l'opération, il est à prévoir que dans ces cas on aura des difficultés particulières pour enlever la columnisation, et que l'on n'y parviendra qu'au prix de vives douleurs pour les malades. Nous avons donc imaginé d'introduire au lieu de tampons, une mèche constituée simplement par un écheveau de laine à tricoter de bonne qualité. Naturellement cette substance est désinfectée et glycéринée comme le sont les autres matériaux. Nous nous sommes très bien trouvé de l'application de cette idée qui nous est tout à fait personnelle. Toutes les fois que nous l'avons employée, la mèche de laine a constitué d'abord une excellente columnisation car son élasticité est très considérable, et par suite sa pression très douce. De plus, au moment d'enlever le pansement, il suffit d'exercer des tractions continues très modérées sur l'extrémité de la mèche sortant de un centimètre environ hors de la vulve. Jamais les malades n'ont éprouvé les moindres douleurs pendant ce dernier temps de l'opération. Nous avons columnisé avec avantage plusieurs patientes chez lesquelles les souffrances les plus vives auraient accompagné infailliblement la sortie des tampons.

Nous avons pu aussi nous rendre compte, par l'emploi de ces mèches, de la supériorité énorme que présente la laine comme substance de pansement pour la columnisation. Sur ce point nous partageons tout à fait l'idée de Talliaferro qui l'employait déjà dès le début. Toutefois, si la laine est plus élastique, plus douce, bien mieux supportée encore par les malades que toute autre substance, elle est aussi très chère et

cet inconvénient, nul quand on s'adresse à une certaine clientèle, devient capital si l'on agit dans un milieu hospitalier ou chez des gens de la classe pauvre. La laine de ce chef n'aura jamais qu'un emploi un peu restreint. On peut la conserver pour les cas spéciaux dont nous venons de parler, ainsi que pour le cas où la patiente, attendant ses règles d'un jour à l'autre, redoute d'être obligée de se faire enlever les tampons ordinaires au moment où s'établit le flux menstruel. Les femmes, en cet état, ne se prêtent qu'avec peine aux manœuvres gynécologiques. Leur pudeur habituelle est encore augmentée dans ces circonstances, elles préféreront toujours à ce moment-là la columnisation avec la mèche qu'elles pourront facilement retirer elles-mêmes quand la nécessité s'en fera sentir.

e) La columnisation, comme on vient de le voir, peut varier légèrement en tant que procédé mécanique. Elle peut varier aussi en tant que procédé médicamenteux, selon les agents chimiques que l'on introduit dans le vagin à l'aide des tampons glycerinés. La glycérine est toujours employée, nous n'y reviendrons pas. Quant à l'iodoforme dont on saupoudre habituellement les premiers tampons on le supprime complètement, sans le remplacer, ainsi que nous l'avons dit plus haut. D'autres fois, on lui substitue de l'acide borique en poudre pour favoriser l'antisepsie du vagin, ou bien encore du salol. Nous nous sommes très bien trouvé ces temps-ci de l'emploi du diiodoforme, substance analogue à l'iodoforme et sans odeur. Mais l'usage que

nous en avons fait est encore trop récent pour que nous puissions juger en connaissance de cause de la valeur de cette substance. Quant à l'antipyrine, dont l'action anesthésique puissante sur les muqueuses vésicale et uréthrale a été signalée depuis peu, on pourrait l'employer de même dans la columnisation. Nous ne l'avons jamais employée, mais si cette action de l'antipyrine est la même sur le vagin que sur les muqueuses déjà citées, elle pourrait rendre assurément des services.

Dans le cas particulier où l'on a affaire à une femme âgée présentant un vagin très extensible, à parois molles, relâchées, avec tendance au prolapsus, l'emploi du tanin en poudre, ou en solution à poids égaux dans la glycérine, nous a donné de bons résultats, par suite de son action astringente. Il en est de même de l'iodure de potassium. Ce médicament suffisamment antiseptique, dissous à la dose de 3 % dans la glycérine, agit comme résolutif local sur les organes pelviens ; et de plus, s'absorbant en notable quantité, il agit en même temps sur l'état général.

Dans les cas extrêmement rares où la muqueuse du vagin semble ne pas supporter les tampons humides, on peut se contenter d'une columnisation à sec, sans glycérine. Toutefois il faut bien s'assurer auparavant si ce mauvais résultat de la columnisation habituelle ne doit pas être rapporté tout simplement à ce fait que la glycérine employée, n'étant pas parfaitement neutre, produit par sa seule action l'intolérance de la muqueuse. Si le médicament ne peut être incriminé, on est alors

autorisé à pratiquer la columnisation à sec. Mais nous pensons qu'il faut faire cela le plus rarement possible. La glycérine, par son action hydragogue toute spéciale, fait partie intégrante de la méthode, et sans elle, serions-nous tenté de dire, la columnisation, à proprement parler, n'existe plus.

CHAPITRE TROISIÈME.

MODE D'ACTION ET INDICATIONS.

Comment agit la columnisation ? Dans quels cas est-il indiqué de la pratiquer ? La réponse à cette dernière question résulte tout naturellement de l'étude des effets que produit le mode de pansement. Or, ceux-ci doivent être considérés au double point de vue de l'action mécanique produite par les tampons eux-mêmes et de l'action physico-chimique et médicamenteuse produite par la glycérine dont ces derniers sont imbibés.

Les bourdonnets de coton formant la colonne contenue dans le vagin constituent un point d'appui central pour tous les organes qui remplissent le petit bassin. Utérus, trompes, ovaires, tout est soutenu par les tampons, et cette pression, loin d'être brutale comme celle d'un pessaire, est au contraire très douce et très élastique ; la laine, avons-nous dit, est encore à ce point de vue bien supérieure au coton le plus fin. D'autre part, la glycérine dont le pansement est

imbibé produit, non-seulement sur la muqueuse avec laquelle elle est en contact immédiat, mais encore sur tout le contenu de la cavité pelvienne, une action décongestionnante très manifeste. Cette action résulte de ce qu'elle attire une énorme quantité d'eau qu'elle soustrait aux organes hyperémiés.

La glycérine en effet est un corps extrêmement avide d'eau; mise en contact avec les tissus elle agit, par suite comme un hydragogue d'une puissance dépassant tout ce qu'on peut imaginer. C'est à Marion Sims, croyons-nous, que revient l'honneur d'avoir le premier montré tout ce qu'on peut attendre en gynécologie de ce précieux agent. On peut se faire une idée de la valeur de ce médicament quand on songe que la plupart des malades perdent, pendant les deux jours que dure une columnisation, une quantité de sérosité à peu près égale à la quantité de sang qu'elles perdent pendant une période menstruelle. Elles sont presque toujours d'ailleurs obligées de se garnir comme au moment de leurs règles.

La columnisation agit donc par cette double action, à la fois mécanique et physico-chimique. Seule, sans être jointe à la pression produite par le tamponnement, la glycérine ne donnerait pas de très bons résultats, pas plus que, de leur côté, les tampons employés seuls, sans glycérine. Les uns ne peuvent aller sans l'autre, et leurs effets se complètent mutuellement.

A. — Une des indications les plus fréquentes de la columnisation est fournie par la rétroversion de l'utérus, compliquée d'adhérences qui en rendent la

réduction difficile sinon impossible sur le moment. Quand on est en présence d'une rétroversion récente réductible soit avec le doigt soit avec l'hystéromètre, le traitement se compose de la réduction immédiate de l'utérus et de l'application d'un pessaire. Mais si l'on a affaire à une rétroversion irréductible et adhérente, c'est à la columnisation qu'il faut s'adresser. Elle donne alors d'excellents résultats. Les patientes qui se plaignent de douleurs lombaires, de troubles menstruels plus ou moins violents, ainsi que d'une certaine difficulté de la marche, sont très rapidement soulagées par cette méthode. Les modifications locales se produisent très rapidement, à tel point qu'au bout de quelques séances la réduction devient possible et le port d'un pessaire est toléré. Le massage convient très bien dans ces cas-là, comme complément de la columnisation. Ainsi les malades évitent une intervention sanglante et sont souvent bien guéries de leur affection. Néanmoins quand la déviation est très fortement adhérente en même temps que de vieille date, la columnisation pourra ne pas suffire, et il faut savoir que l'on sera obligé, pour obtenir une guérison complète d'avoir quelquefois recours à l'hystéropexie. Ce que nous venons de dire est applicable aussi aux antéversions et aux antéflexions consécutives à la douglassite.

B. — La columnisation est également indiquée lorsque la rétrodéviation est produite par une trompe rétractée à la suite d'inflammation ancienne. Dans ce cas, la trompe, plus ou moins recroquevillée, attire facilement l'utérus et le met en rétrodéviation ou en

latérodéviation. Ce fait se produit bien plus souvent qu'on ne serait tenté de le croire, et un très grand nombre de déviations utérines ne reconnaissent pas d'autre cause. C'est un point sur lequel M. le professeur Laroyenne insiste avec raison et qu'il importe de bien connaître. En ces circonstances, le pansement qui soutient la matrice et qui produit sur les organes lésés un massage permanent et très modéré, procure vite de bons résultats. Toutefois, on doit être prévenu que dans ces cas-là surtout, la columnisation peut devenir douloureuse et qu'il faut alors la supprimer tout à fait. Nous insisterons plus tard sur ce point.

C. — De même, la columnisation nous a paru très utile dans les cas de paramérite postérieure, qui se rencontrent avec une extrême fréquence. Cette affection, que l'on désigne à la clinique de M. le professeur Laroyenne sous le nom bien caractéristique de douglassite, est surtout caractérisée par une rétraction plus ou moins accentuée des ligaments utéro-sacrés. Ceux-ci présentent en même temps une sensibilité toute particulière. La cavité de Douglas est aussi oblitérée partiellement par des anciens exsudats qui ont passé à l'état de brides filamenteuses ou épaisses, doublant la face profonde du cul-de-sac postérieur et déterminant à ce niveau des phénomènes douloureux parfois excessifs. Le col de l'utérus est alors fortement attiré en arrière, où il détermine une pression sur le rectum. Veut-on l'attirer en avant, on réveille une douleur très vive, et si, pendant que l'index fait cette manœuvre, le médus, introduit en même temps dans le vagin,

explore les points qui correspondent à la cavité de Douglas, il sent les brides qui sillonnent cette ancienne cavité et attirent en avant la paroi correspondante du rectum. Quelquefois ces brides sont tellement fortes et rétractées qu'elles créent une véritable antéflexion avec rétroposition de l'utérus. Les malades souffrent alors beaucoup plus au moment de l'époque menstruelle. C'est quand on constate une antéflexion qu'il faut bien se rendre compte si cet état n'est pas la conséquence de la paramétrite postérieure. Ce diagnostic différentiel peut avoir une très grande importance au point de vue de la conduite à tenir dans le traitement. Si l'antéflexion ne dépend pas d'une douglassite, on pourra être obligé d'intervenir chirurgicalement, et de pratiquer l'hystéropexie. Tandis que s'il y a douglassite, on verra l'antéflexion disparaître, si elle n'est pas trop ancienne, en même temps que l'affection qui lui a donné naissance. C'est dans ces cas de paramétrite postérieure passée à l'état chronique que la columnisation agit avec la plus grande efficacité. On peut aussi lui adjoindre le massage, portant principalement sur les ligaments utéro-sacrés rétractés.

La columnisation amènera, comme on sait, un écoulement aqueux abondant, ce qui aura pour effet de diminuer beaucoup l'état congestif toujours lié à cette paramétrite postérieure. La dilatation exercée par les bourdonnets s'accompagnera d'un assouplissement de ces brides rétractiles ainsi que d'un véritable allongement progressif de celles-ci. Enfin, en soulevant légèrement et l'utérus et les annexes, on verra cesser le tiraillement douloureux exercé par ces organes,

surtout au moment de la marche et des efforts. Le support fourni par la columnisation permet aux patientes de se livrer parfois à des occupations pénibles, de marcher longtemps, alors qu'auparavant c'était à peine si elles pouvaient faire quelques pas. Une femme citée par M. Condamin, pouvait à grand peine faire le trajet qui sépare la porte de l'hôpital de la salle d'examen. Après quelques séances de columnisation, elle venait à pied d'Oullins à Lyon, soit de plus de cinq kilomètres. Une autre que nous avons soignée nous-même, et dont nous publions plus loin l'observation (Observation II) est arrivée dans la salle sur un brancard. Le moindre mouvement lui arrachait des cris. Pour la porter de son lit à la salle d'opérations on dut employer l'ascenseur qui sert à remonter les opérées après une grande intervention. La columnisation faite, elle remonte seule par l'escalier, sans aucune aide; le lendemain, 18 heures après son entrée, elle demande à quitter l'hôpital, et elle rentre à pied chez elle. Elle est venue depuis aux consultations pour faire renouveler ses tampons, car bien entendu si les douleurs avaient cessé tout-à-fait et comme par enchantement, il n'en était pas de même des lésions qu'une seule columnisation n'avait évidemment pu guérir.

Comme on le voit, dans ces cas de douglassite, le repos complet n'est point nécessaire. Les malades vaquent à leurs occupations habituelles et ce n'est pas là un des moindres avantages de la méthode. Il en est un autre sur lequel il est utile aussi d'attirer l'attention. La columnisation est un obstacle permanent et

absolu à la pratique du coït. Or, on sait combien les rapports sexuels contribuent puissamment, sinon à créer toujours, du moins à entretenir ces lésions que certaines femmes gardent depuis leur mariage et qu'elles promènent pendant des années de chirurgien en chirurgien, à la recherche du meilleur traitement. On prescrit beaucoup de choses; on conseille le repos génital complet et prolongé; très souvent, le mari lui-même promet tout ce qu'on veut. Mais le douglassite ne s'amende pas. Somme toute, mieux vaut encore dans ces cas-là un bon tamponnement que les meilleures exhortations. Une de nos malades, honnête mère de famille, allant bien depuis plusieurs mois, revient un jour nous trouver, réclamant à toute force une columnisation nouvelle. Etonné de cette insistance bizarre qu'aucun phénomène objectif ne pouvait justifier, nous refusons, bien entendu, de pratiquer l'opération, puisque rien ne l'indiquait en ce moment. La femme nous explique alors que son mari la fatigue et qu'il entend difficilement raison. Elle sent, dit-elle, que si elle n'a pas une trêve de quelques jours, son état, qui est assez satisfaisant, va s'aggraver de nouveau, et c'est pour cette raison qu'elle supplie qu'on lui mette des tampons, lesquels, d'ailleurs, l'avaient complètement soulagée quelque temps auparavant. Nous n'avons pu que nous rendre à ce raisonnement, et nous lui avons accordé volontiers les quinze jours de vacances conjugales qu'elle demandait.

Nous sommes absolument convaincu d'avoir agi dans ce cas selon une indication formelle : ne vaut-il

pas mieux prévenir le mal que d'avoir à lutter contre lui, si on l'a laissé s'établir ?

D. — Certains cas de rétraction des ligaments utéro-sacrés et d'induration douloureuse du cul-de-sac de Douglas sont produits par la pression d'un pessaire. Tout d'abord il faut, aussitôt la lésion constatée, faire disparaître l'appareil qui produit le traumatisme. On doit en outre attendre d'avoir columnisé pendant un certain temps avant de remettre un autre pessaire. C'est dans ces circonstances que les tampons glycé-
rinés et saupoudrés d'iodoforme font rapidement sentir leur action bienfaisante sur la région traumatisée. Mais il faut bien attendre que tout soit rentré dans l'ordre avant de remettre un pessaire. Et l'on emploiera alors de préférence le modèle (1) imaginé par Gaillard Thomas. Il rendra de grands services, en raison de l'épaisseur de sa branche postérieure et de l'élasticité spéciale qu'elle présente, avantages sur lesquels nous insisterons plus loin.

E. La columnisation agissant comme support mécanique est bien indiquée aussi dans les cas de prolapsus de l'ovaire plus ou moins enflammé dans le cul-de-sac de Douglas. Un pessaire dans de telles conditions est très douloureux et ne peut être toléré. Les tampons, au contraire, qui fournissent à ces organes prolapsés un soutien qui n'agit pas comme les pessaires, c'est-à-dire sur une surface trop limitée,

(1) Pessaire à bulbe mou de Gaillard Thomas.

sont non-seulement bien supportés, mais encore font cesser très promptement les douleurs, parfois si vives, déterminées par le tiraillement de l'organe en prolapsus. Dans des cas semblables, la columnisation agit tout-à-fait comme le suspensoir ouaté, que l'on emploie dans le traitement de l'orchite : l'ovaire dès qu'il est soutenu devient moins douloureux, et c'est là un effet qui n'est point à dédaigner. En outre les tampons accoutument les parties à supporter graduellement une pression de plus en plus forte, préparent ainsi la voie à un pessaire dont l'indication est formelle puisqu'il faut donner un support à l'organe malade, et remédient en même temps au déplacement et à l'inflammation.

On pourra fréquemment, par l'emploi judicieux de la columnisation, puis du pessaire, obtenir ainsi d'excellents résultats dans des cas qui auraient pu nécessiter parfois une intervention sanglante, telle que l'ablation de l'annexe malade.

F. — Chez certaines femmes qui ne présentent pas de lésions bien appréciables au toucher, mais qui accusent néanmoins des phénomènes douloureux et qui ne peuvent supporter la marche, la columnisation peut rendre encore de réels services. Dans ce cas-là, il s'agit d'une mobilité un peu anormale de l'utérus. Alors les tampons, en soulevant celui-ci en même temps qu'ils l'immobilisent, permettent en général des fatigues et des travaux absolument impossibles jusque-là.

G. — Quand on se trouve en présence d'une affection inflammatoire des annexes, dans la période aiguë

de celle-ci, la columnisation est très mal supportée. Nous pensons que dans de telles circonstances il ne faut pas l'employer. On s'exposerait, indépendamment des douleurs très vives ressenties par les patientes, à des accidents graves du côté des organes malades et du péritoine environnant.

Néanmoins, sans qu'il y ait une véritable columnisation, un ou deux tampons glycérinés placés dans le cul-de-sac postérieur pourront produire un effet utile. En soutenant l'utérus et en comblant la cavité de Douglas, ils préviendront le prolapsus des annexes et la rétraction tubaire si fréquente en pareil cas. Indépendamment de l'effet topique de la glycérine, ils agiront encore mécaniquement comme un moyen prophylactique de ces lésions, ainsi que des déviations utérines si souvent consécutives à celles-ci.

CHAPITRE QUATRIÈME.

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE DE LA COLUMNISATION.

La columnisation, comme nous l'avons décrite jusqu'ici, peut évidemment être employée seule. Mais dans beaucoup de cas, ce n'est pas une raison pour abandonner les anciens procédés de traitement. Ainsi la révulsion sur les parois abdominales, à l'aide de vésicatoires répétés ou d'application de teinture d'iode, donnera toujours des résultats satisfaisants et sera souvent associée avec fruit à la columnisation. Mais nous croyons qu'il est nécessaire d'insister davantage sur le traitement interne; puis sur la médication externe par les injections rectales chaudes et par le massage; enfin, sur le traitement tardif, au moyen du pessaire.

A.—A l'intérieur, dans les cas qui nous occupent, les gynécologistes anglais et américains emploient d'une façon régulière la médication hydrargyrique. M. le

professeur Laroyenne s'en sert fréquemment aussi, et n'a eu qu'à se louer de cette médication dite altérante.

On donne aux malades une ou deux pilules Bleues (1) (ou des pilules de Sédillot, qui ont le même dosage), au commencement des repas. Bien entendu, les précautions habituelles, que l'on doit faire prendre à tous ceux qui ingèrent du mercure ou de ses sels, sont suivies avec rigueur. On recommande aux malades de se brosser énergiquement les dents avant et après chaque repas et de se gargariser avec une solution de chlorate de potasse, et, dès les premiers symptômes de stomatite, on interrompt le traitement. Il est incontestable que le mercure a une action antiplastique et fondante manifeste. Mais les phénomènes d'hydrargyrisme qui ne tardent pas à se produire nuisent beaucoup à l'emploi rigoureux de ce médicament. D'ailleurs la plupart des femmes qui sont soignées pour des lésions de leur appareil génital ont en même temps un appareil digestif en assez mauvais état. Il faut peu de chose pour déterminer chez elles des troubles divers. Or nombre de nos malades, qui ne présentaient même pas de stomatite, accusaient au bout de peu de jours des crampes d'estomac ne reconnaissant pas d'autre cause que l'ingestion des pilules Bleues.

Nous sommes d'avis que toutes les fois que le mercure ainsi administré sera toléré par l'organisme, les malades s'en trouveront très bien au point de vue de leurs lésions génitales.

(1) Les pilules Bleues et les pilules de Sédillot sont dosées à 5 centigrammes de Hg métallique.

B. — Malheureusement un assez grand nombre de femmes ne pouvant supporter ce remède, on sera obligé de se contenter du traitement externe comme complément de la columnisation : les injections rectales chaudes d'une part, et, d'autre part, le massage.

a) Quand la malade éprouve de légères douleurs, quand la columnisation paraît être mal supportée et qu'il y a des souffrances alors même que le pansement a été bien fait, on se trouve désarmé s'il faut enlever celui-ci. On aura recours dans ces cas-là, aux injections vaginales d'eau chaude.

Toutefois les injections vaginales chaudes remplissent difficilement le but qu'elles prétendent atteindre. En effet, le liquide chaud venant en contact à peu près exclusivement avec le col utérin ne produit qu'une action relativement minime sur les organes et les tissus environnants.

On tourne la difficulté en substituant les lavements aux injections. La méthode ainsi comprise, est plus rationnelle. L'utérus se trouve en contact avec l'intestin distendu ; de plus, le rectum traversant le petit bassin, lui communique la température qui lui est donnée, Les tissus sont ainsi baignés dans une atmosphère chaude et bienfaisante. La température de l'eau doit être aussi élevée que possible. M. Reclus indique la température de 55° centigrades comme étant la meilleure dans ces cas-là. Ce chiffre nous paraît trop fort et exposerait à des brûlures. Il faut se contenter d'employer le liquide aussi chaud qu'on peut le supporter, ce dont on s'assure facilement à l'aide de la

main. La quantité d'eau peut aller jusqu'à un litre. D'une façon générale, il faut en injecter le plus possible, et l'on doit répéter l'opération chaque matin, une demi-heure environ avant le lever. La femme, couchée sur le dos, s'introduit elle-même dans le rectum la canule de l'irrigateur, puis, ouvrant très peu et progressivement la valve, laisse l'eau faire irruption dans l'intestin. Habituellement dès qu'il y a une certaine quantité d'eau injectée, la malade éprouve des coliques; elle interrompt alors le courant, jusqu'à ce que les coliques soient passées, puis le rétablit. Le lavement une fois pris, la malade a soin de ne pas s'agiter dans son lit. Elle demeure dans le décubitus dorsal jusqu'au moment de se lever, et elle rend alors son lavement. Dans la majorité des cas on obtiendra, en agissant ainsi, les meilleurs résultats.

b) Lorsque la columnisation est bien supportée, et que l'on désire venir en aide au traitement par les tampons au moyen de massage, on doit pratiquer cette manœuvre de la manière suivante (1):

La malade est placée sur un siège horizontal dont les deux extrémités sont relevées. L'extrémité la plus courte (30 centimètres) sert d'appui aux pieds; la plus longue (60 centimètres), relevée de 25 à 30 degrés, sert d'appui à la tête et au haut du corps. La patiente, cela va sans dire, ne sera pas serrée dans ses vêtements et le corset, notamment, devra être enlevé.

(1) Voir à ce sujet, Vanderhaghen. Thèse de Paris, 1894, n° 525.

Le médecin se place en avant et à gauche du canapé ou du banc sur lequel repose ainsi la femme. Il passe son bras gauche sous la cuisse gauche de cette dernière, et appuie le coude sur le plan horizontal de ce lit improvisé. L'index introduit dans le vagin par la commissure postérieure, déprime fortement le périnée de façon à s'éloigner du clitoris et du corps caverneux qui s'appliquent au dedans des branches ascendantes du pubis, et dans le but d'éviter toute excitation sensorielle. Le doigt doit être immobile et fixer l'utérus ou les annexes de manière à ce qu'ils ne fuient pas lorsqu'ils sont refoulés par la main abdominale.

Il sera préférable, en général, d'introduire toujours deux doigts, surtout si l'on a affaire à un vagin large et profond.

En même temps la main supérieure, restée libre, déprime la paroi abdominale d'avant en arrière et vient buter contre la base du sacrum de façon à refouler l'intestin et l'épiploon en haut et à rendre ainsi les organes pelviens plus accessibles. Cette main exercera une pression lente, douce et progressive de façon à fatiguer les muscles de l'abdomen et à les amener au relâchement. On recommandera d'ailleurs à la malade de respirer profondément et l'on détournera autant que possible son attention pour qu'elle se laisse aller le plus possible. Lorsque les parois abdominales sont complètement flasques et que la main sent aisément les organes qu'il faut traiter, on procèdera de nouveau à un examen minutieux de la cavité pelvienne, de façon à confirmer le diagnostic porté antérieurement.

Le massage étant indiqué, on décrira avec l'extrémité

palmaire des doigts de la main abdominale (index, médius et annulaire) des mouvements semi-circulaires. Ces mouvements doivent se faire d'une façon particulière sur laquelle Thüre Brandt lui-même, le créateur de la méthode, insiste beaucoup.

Les articulations du coude, du poignet et des doigts doivent être immobiles ; seule, l'articulation de l'épaule entre en jeu. C'est de là seulement que doivent partir les mouvements.

S'il s'agit d'une rétrodéviatiion mobile, le doigt vaginal appliqué dans le fond du cul-de-sac postérieur soulève le fond de l'utérus de façon à l'amener au devant de la main abdominale. Dès que celle-ci a bien saisi l'organe, la réduction se fait avec une facilité extrême, et pour ainsi dire d'elle-même sous les mouvements continus de la main droite. L'utérus étant réduit, la main placée sur l'abdomen continuant toujours ses mouvements semi-circulaires, masse la face postérieure de l'utérus en allant progressivement *du fond de l'organe jusqu'au col*. Arrivé à ce niveau le doigt vaginal soulève l'utérus de façon à tendre les ligaments utéro-sacrés, et la main abdominale masse ces ligaments *d'avant en arrière*, c'est-à-dire *de l'insertion au col à l'insertion sacrée*. La main se porte ensuite dans la région des annexes, tandis que les doigts vaginaux se déplacent dans le cul-de-sac correspondant.

Pour masser la trompe, *on commence toujours par l'extrémité abdominale* pour aller progressivement jusqu'à l'insertion utérine. On pratiquera la même manœuvre de l'autre côté, en agissant toujours, bien entendu, avec la plus grande prudence.

On ne saurait prêter trop d'attention au massage des régions latérales de l'utérus. Il suffit de se rappeler le mécanisme pathogénique de la plupart des rétrodéviations mobiles. Très souvent c'est à la suite de poussées de péri-salpingite que le ligament large s'enroule d'une façon spéciale et entraîne l'utérus en arrière. Dans ces cas, trompes et ovaires sont souvent enclavés dans des masses exsudatives et le succès de l'intervention dépend plus de leur libération que du redressement utérin lui-même. Quand de telles lésions existent dans le petit bassin, les annexes sont facilement reconnues dans les culs-de-sac latéraux sous forme de paquets plus ou moins volumineux. Leur situation et la constatation de leur état sont singulièrement facilitées par les précédentes manœuvres de massage, manœuvres qui ont assoupli considérablement la paroi abdominale et tous les tissus de la région.

Le doigt vaginal, déprimant fortement le cul-de-sac correspondant, doit servir d'appui à la main abdominale ; il doit être comme une véritable enclume sur laquelle les organes seront appuyés et massés par l'autre main ; mais, en aucun cas, il ne doit bouger pendant les manœuvres. L'immobilité absolue pour le doigt vaginal est de rigueur.

Nous avons dit dans quelle direction il faut masser : *du dehors au dedans pour les annexes*. Mais souvent le massage sera impuissant à produire l'effet cherché, alors il faudra avoir recours à un traitement chirurgical plus énergique.

S'il s'agit d'une rétrodéviation adhérente, la main abdominale, exerçant sur le fond de l'utérus les mêmes

mouvements semi-circulaires, va progressivement du haut en bas sur la face antérieure de l'utérus jusqu'au niveau du col. Puis, le doigt vaginal soulevant le fond de l'organe, la main abdominale cherche à pénétrer derrière l'utérus. Dès qu'elle est mise en bonne position, cette main, tout en décrivant les mouvements prescrits, exerce des tractions douces, mais progressives, de façon à étendre et à allonger les brides adhérentes qui fixent l'utérus en situation vicieuse. Cette manœuvre est souvent un peu pénible pour la malade. On la fera suivre de tractions douces un peu dans tous les sens, à droite, à gauche, en haut, en bas, de façon à obtenir petit à petit la mobilité de l'organe. Les trompes et les ligaments larges seront massés comme il a été dit pour les déviations mobiles.

Ainsi pratiqué, le massage donnera dans un grand nombre de cas des résultats excellents. Il constitue ainsi le meilleur traitement complémentaire de la columnisation. Toutefois, il faut bien savoir que ces manœuvres ne doivent être pratiquées qu'avec la plus extrême prudence. On a cité, dans ces derniers temps, un nombre assez considérable d'échecs et même d'accidents graves. A notre avis, on doit les imputer aux opérateurs qui n'agissaient pas avec précaution, ou bien qui faisaient peut-être du massage sans être bien sûrs du diagnostic. Comme la columnisation, et encore plus que celle-ci, le massage ne peut pas et ne doit pas être mis en pratique dans les cas aigus. Il y a là une contre-indication formelle, et c'est dans ce fait, méconnu sans doute par plusieurs, que se trouve certainement la cause des mauvais résultats publiés à

différentes reprises. De plus, nous pensons que ces manœuvres, extrêmement pénibles pour celui qui les exécute, ne doivent pas être prolongées plus de cinq minutes, sept ou huit minutes au plus par séance. On peut répéter celles-ci chaque fois que l'on renouvelle la columnisation. Dans beaucoup de cas, nous avons vu la durée du traitement abrégée par l'emploi simultané de ces deux méthodes.

C. — La columnisation prépare les tissus à recevoir l'action du massage. Celui-ci étant fait, la columnisation maintient les organes dans l'état où le massage les avait laissés; on arrive ainsi, quelquefois assez rapidement, en cinq ou six séances, à pouvoir procéder à l'application d'un pessaire qu'il eut été absolument impossible de faire tolérer quelques jours plus tôt.

Le pessaire, en effet, est dans la plupart des cas tout-à-fait indiqué. Si l'on abandonne les malades à elles-mêmes quand tout est rentré dans l'ordre, il arrive le plus fréquemment que les lésions ne tardent pas à se reproduire. Dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion avec adhérences, notamment lorsque l'utérus, bien mobilisable, est réduit et remis en place, si l'on ne met pas un bon pessaire pour maintenir l'état des organes et conserver les résultats obtenus, la rétrodévi-
ation se reproduira presque aussitôt. Les adhérences ne tarderont pas à venir; la douglassite et son cortège de douleurs s'établira de nouveau.

Sans vouloir insister outre mesure sur l'emploi des pessaires, ce qui serait sortir des limites que nous nous sommes tracées, il est cependant nécessaire d'en dire

quelques mots. On sait que la grande chose à réaliser dans l'emploi d'un pessaire, c'est la tolérance parfaite de la part des malades. Un instrument qui, pour une cause ou pour une autre, fatigue la patiente est par cela même mauvais, et doit être aussitôt retiré. On emploiera habituellement le modèle de Hodge quand on aura affaire à une rétroversion simple, ou bien encore le modèle de Smith. Le premier prend son appui sur les branches ascendantes du pubis, et le second sur la paroi inférieure du vagin. Quand la rétroversion s'accompagne d'un léger prolapsus de la partie antérieure du vagin — et ce cas est assez fréquent — on emploiera le pessaire en berceau. Si le fond du corps utérin est légèrement sensible et que l'on ait à redouter à ce niveau la production de douleurs et le réveil d'une douglassite plus ou moins intense, le pessaire de Sims sera employé avec avantage. Mais, dans cette dernière circonstance surtout, on emploie depuis peu, à la clinique de M. le professeur Laroyenne, un instrument imaginé par Gaillard Thomas, et qui paraît supérieur aux autres en vertu de l'élasticité spéciale dont il est doué. Le pessaire construit par l'éminent gynécologue possède ceci de particulier que son bulbe, c'est-à-dire la branche postérieure, celle précisément qui doit aller se loger dans le cul-de-sac de Douglas en supportant l'utérus, que son bulbe, dis-je, se compose d'une sorte de matelas à air, enfermé entre deux lames de caoutchouc et se trouve donc ainsi sous un petit volume d'une élasticité relativement considérable.

De plus, cette branche postérieure, au lieu d'être de la grosseur d'un porte-plume ordinaire comme le

sont les autres branches, se trouve construite en forme de fuseau symétrique et se réunissant aux deux branches latérales de l'appareil par ses deux extrémités progressivement amincies. Le bulbe, en son plus grand diamètre a les dimensions approximatives d'une amande de moyenne dimension. On conçoit bien que ce pessaire puisse être mieux supporté que tout autre, puisqu'il représente à peu près le premier tampon que l'on introduit pour la columnisation dans le cul-de-sac postérieur. Par son élasticité il évite aux malades la gêne qu'aurait pu produire un pessaire rigide, et il est appelé, croyons-nous, à rendre de grands services. Plusieurs malades, dans ces conditions, auxquelles il a été appliqué, s'en trouvent fort bien. Toutefois l'expérience est encore de date trop récente pour que nous puissions dès maintenant formuler sur la valeur de cet appareil un jugement clinique définitif.

D'une façon générale, tout pessaire, quel qu'il soit, doit être absolument bien toléré, sans aucune gêne. Quand un pessaire va bien, *les malades ne doivent pas sentir l'instrument ; elles doivent ignorer son existence.* C'est un criterium absolu. On aura soin, bien entendu, de placer le pessaire convenablement, après réduction de l'utérus, et en ayant bien soin, si l'on a affaire au modèle de Hodge, l'un des plus employés, de placer en avant la branche du pessaire qui est munie d'une légère excavation. Cette gouttière sert à loger l'urètre qui se trouve ainsi libre et ne peut être comprimé. L'appareil étant placé, il faut s'assurer également qu'il est en bonne position, la branche postérieure

dans le douglas, et le col utérin reposant entre les branches de l'instrument. Au bout de quelques mois les malades doivent se faire examiner de nouveau; on peut alors se rendre compte du résultat obtenu. Selon les circonstances le port du pessaire ne sera plus obligatoire au bout de quatre ou cinq mois, ou bien devra être continué plus longtemps.

CHAPITRE CINQUIEME.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA VALEUR DE LA COLUMNISATION.

Nous avons successivement, au cours de ce travail, étudié le manuel opératoire, les indications et le traitement complémentaire de la columnisation.

Nous n'y reviendrons pas. Nous voulons maintenant, dans ce dernier chapitre, exposer nos idées personnelles sur la valeur de cette méthode.

Et d'abord, cette valeur est différente, soit que l'on considère les résultats immédiats du traitement, soit que l'on considère les résultats éloignés. Alors que les effets tardifs paraissent, d'une façon générale, moins brillants qu'on aurait pu l'espérer en voyant les effets du début, ces derniers, par contre, dépassent quelquefois tout ce qu'on pouvait espérer.

A. — a) Nous avons vu des malades souffrant depuis des mois, depuis des années, soulagées en quelques jours par la columnisation. Nous avons vu des femmes

qui arrivaient à la clinique dans un état vraiment pitoyable : impossibilité presque absolue de la marche, douleurs irradiant dans tout le corps, troubles viscéraux divers. Le toucher explorateur est rendu très difficile par suite des violentes douleurs qu'il provoque et parfois des cris qu'il arrache aux patientes. Tout cela cède comme par enchantement à quelques séances de columnisation. On pourrait croire à de l'exagération de notre part si l'on n'avait sous les yeux des exemples tels que celui rapporté plus loin (Observation II). Ce qui fait, à nos yeux, le grand mérite de ce mode de traitement dans des cas pareils, c'est que rien ne peut le remplacer et que ces malades que la columnisation soulage si vite ont, avant de venir à la clinique, épuisé tout l'arsenal des moyens habituels. La malade dont nous parlons en ce moment, et qui fait l'objet de notre observation II, avait été soignée en ville par un médecin bien connu, lequel avait prescrit des injections chaudes, des lavements laudanisés, des suppositoires vaginaux à la glycérine. Tout cela avait été inutile et la malade avait été apportée sur un brancard. Le moindre mouvement arrachait des plaintes à la patiente. Quelques instants après, la columnisation étant faite avec soin, la même femme que nous avons vu dans cet état, remonte toute seule, sans aucun aide, jusque dans la salle où se trouve son lit. Toute douleur a disparu ; le même jour, elle demande à quitter l'hôpital où elle n'est que depuis deux heures. On ne la laisse partir toutefois que le lendemain. Elle est complètement soulagée et elle vient régulièrement pour se faire traiter à la consultation.

b) Nous disons soulagée. Car il ne faut pas confondre soulagement et guérison. Les douleurs ont disparu instantanément, pour ainsi dire, mais les lésions ont persisté et ne cèdent que peu à peu au traitement. La plupart de nos malades sont dans le même cas. Une d'elles nous disait dernièrement, après sa troisième columnisation, « que depuis six ans elle ne s'était jamais sentie aussi bien ».

c) D'une façon générale, la columnisation faite avec prudence et avec soin, produit toujours un effet analogue quand on l'emploie pour un des cas où elle est indiquée. Et d'ailleurs après une ou deux séances, les parois du vagin et les tissus avoisinants sont tellement ramollis que le doigt peut explorer avec beaucoup plus de facilité, et sans provoquer de douleur, les organes contenus dans le petit bassin. La columnisation peut donc ainsi aider souvent à la précision du diagnostic.

D'autres fois, le pansement sera douloureux après les premières séances, alors même que le toucher, au début, n'avait rien indiqué de spécial. Si l'on explore, à ce moment, avec attention la cavité pelvienne, on trouvera, dans la plupart des cas, une poche purulente de petite dimension ayant passé inaperçue d'abord, à cause de l'induration générale des culs-de-sac vaginaux. Bien entendu, la columnisation sera alors suspendue et laissera la place au traitement habituel de ces collections, sur lequel nous n'avons pas à insister ici. Ce mode d'action de la columnisation, sur lequel M. Condamin a déjà insisté, en fait un véritable instrument de diagnostic dans certaines circonstances. Ainsi,

quand on se trouvera en face d'une malade qui éprouve des douleurs avec la columnisation, on devra, non pas affirmer, mais tout au moins soupçonner la présence du pus, et agir en conséquence. Néanmoins, certaines malades, très rares il est vrai, quoique n'ayant pas de pus, ne supportent pas bien la columnisation. Après avoir essayé de procéder avec la mèche de laine, laquelle est bien plus élastique que les tampons et donne une pression bien plus douce que ceux-ci, on en sera réduit, si cela échoue, à n'employer que les moyens habituels de traitement : le repos, la révulsion, les injections chaudes et l'introduction de suppositoires glycérinés dans le vagin.

d) Nous avons dit quelque part, au cours de ce travail, que l'on doit toujours s'assurer de l'état de la menstruation chez les malades que l'on traite, afin de ne pas s'exposer, par des manœuvres intempestives, à provoquer un avortement des premières semaines.

Néanmoins, un fait tout récent et absolument personnel, nous permettra d'attirer l'attention sur la possibilité de pratiquer la columnisation — et même le massage — tout-à-fait au commencement de la grossesse. Il s'agit d'une femme (Observation III) porteur d'une douglassite avec brides, surtout du côté gauche, et souffrant ainsi depuis deux ans et demi, époque où elle avait eu une fausse couche. Elle a subi en huit jours quatre séances de columnisation, suivies chacune d'une courte séance de massage. Elle se trouve très soulagée et les lésions vont très bien. Or, cette femme, que nous traitons du 4 au 12 juillet, n'a

pas vu ses règles qui devaient survenir le 2 juillet, d'après ses calculs. De plus, *pendant les huit jours que dure le traitement, elle voit peu à peu apparaître les mêmes symptômes éprouvés déjà par elle au début de ses deux grossesses précédentes*, et elle nous dit le 12 juillet qu'elle se croit enceinte. Quoique nous ne puissions avoir à l'heure actuelle aucune certitude, au point de vue obstétrical, il y a lieu cependant de croire que son dire est vrai. Nous avons pris de ses nouvelles le 23 juillet; à cette date, les règles, en retard de 21 jours, n'ont pas reparu, et les symptômes subjectifs de grossesse n'ont fait qu'augmenter. La malade sera d'ailleurs attentivement suivie.

Il est permis de penser que dans le cas qui nous occupe, la douglassite et les brides rétractées dans les culs-de-sac, si elles n'avaient pas été traitées par la columisation et le massage, auraient bien pu, à un moment donné, troubler le cours de la grossesse et interrompre celle-ci, sans parler des douleurs continues éprouvées par la malade.

Nous avons donc eu raison, croyons-nous, en agissant comme nous avons fait, et en traitant la douglassite.

Ce fait n'est pas le seul que l'on puisse citer dans le même genre, et notre observation, nous l'espérons bien, pourra être rapprochée de celle que le Dr Malengreau (1) a publiée récemment au sujet du massage employé comme traitement des accouchements pré-

(1) Malengreau : *Archives de Tocologie*, 1894, p. 645.

maturés à répétition. Il s'agissait d'une femme, enceinte pour la troisième fois, très désireuse d'avoir un enfant, et qui, deux fois de suite, avait accouché au huitième mois. Elle vint trouver ce praticien, qui fit des massages pendant quelques jours, et fit disparaître des brides adhérentes, gênant sans doute la circulation utérine à une certaine époque de la grossesse. Or, le traitement fini, la grossesse évolua tout à fait normalement et fut terminée par la naissance d'un bel enfant. Chez notre malade, la douglassite et les brides, non traitées, auraient peut-être pu provoquer un avortement dans quelques semaines ou quelques mois. C'est d'ailleurs ce que l'avenir nous dira.

B.—D'une manière générale, la columnisation donne des résultats excellents au début, ainsi que nous venons de le voir. Mais quand on cherche à se rendre compte des résultats éloignés du traitement, on constate chez les femmes que l'on peut suivre, que le bon effet ne se maintient que pendant quelques mois pour la plupart d'entre elles.

Les malades sont obligées de se faire soigner de nouveau, car elles sentent revenir leur gêne et leurs douleurs petit à petit, et elles réclament encore ce traitement par les tampons qui leur avait procuré un si grand soulagement.

C'est un défaut pour la méthode, assurément, que de n'avoir pas un résultat durable et définitif. Mais si l'on songe qu'avant l'emploi de la columnisation la plus grande partie des malades étaient abandonnées à leur triste sort et souffraient sans interruption pendant des

années, on est obligé de reconnaître que ce traitement, malgré ses imperfections, est encore le meilleur.

En somme, beaucoup de gens vont à Vichy régulièrement et, au prix de trois semaines de saison annuelle, restent indemmes des troubles dont ils souffraient jadis, et évitent les horribles douleurs de la colique hépatique qui les guette. Pourquoi les malades justiciables de la columnisation n'agiraient-elles pas de même, et pourquoi ne se maintiendraient-elles pas toujours en bon état en faisant d'année en année un traitement de quelques jours ?

Telles sont nos idées sur cette méthode de thérapeutique gynécologique employée depuis peu en France. Mais il faut bien savoir que ce traitement demande à être pratiqué avec précaution.

Il faut être sûr du diagnostic avant de l'entreprendre sans quoi l'on s'exposerait aux accidents parfois les plus graves. Nous sommes convaincu par notre expérience personnelle et par ce que nous avons vu à la clinique de M. le professeur Laroyenne, que la columnisation pratiquée avec discernement, avec soin, d'après les règles que nous avons essayé de fixer au cours de ce travail, est un excellent moyen de soulager sinon de guérir. Nous espérons que ceux qui nous liront voudront bien être de notre avis.

CHAPITRE SIXIÈME.

OBSERVATIONS.

Il serait impossible de publier, même en résumé, la totalité des cas qu'il nous a été donné d'observer. De plus, à notre point de vue, ceci n'est pas nécessaire. Nous avons eu l'intention de dégager, au cours de ce travail, une formule générale de la columnisation, soit en ce qui concerne le manuel opératoire, soit en ce qui concerne les indications et la valeur de la méthode. Les cas isolés sont donc, en l'espèce, de peu d'importance.

Néanmoins, nous donnons ici trois observations afin de montrer combien l'action de ce mode de pansement est rapide et combien les malades, dans la plupart des cas, sont vite soulagés, sinon complètement guéris.

La seconde surtout est absolument concluante sur ce point. Quant à la dernière, elle montre que la columnisation bien faite (et même suivie de massage) peut rendre quelquefois des services lors d'une grosse au début.

OBSERVATION I.

Cette malade a été suivie simultanément par le Dr Ismaïl V. Dervich et par nous-même. L'observation de celui-ci (loc. cit., p. 35), s'arrête à la date du 22 mars 1894.

*Rétroversion. — Adhérences postérieures. — Colum-
nisation. — Pessaire. — Grossesse.*

Marie X. . ., femme Dél....., 28 ans, femme de ménage, réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Pas de maladies antérieures.

Mariée à 21 ans. Deux accouchements sans accident; le dernier remonte à un an et demi,

C'est de ce dernier accouchement que date le début de la maladie actuelle. Elle souffrait de temps en temps, quand elle se fatiguait trop. Elle éprouvait alors des douleurs sourdes dans le bas-ventre et dans les reins l'empêchant de faire une course quelconque, et l'obligeant même, de temps en temps, à prendre deux ou trois jours de repos complet.

La malade reste dans cet état pendant un an et demi, sans se faire traiter, et se présente enfin à la consultation de la clinique le 21 novembre 1893. Elle accuse alors des douleurs parfois très fortes dans le bas-ventre et dans les reins, et des tiraillements douloureux l'obligeant à garder le repos pendant un certain temps dès qu'elle a voulu accomplir un travail soutenu. Elle ne peut marcher une demi-heure sans être en proie à de vives douleurs.

Pertes blanches assez abondantes depuis le début de la maladie actuelle.

A l'examen on perçoit un utérus en rétroversion, maintenu dans cette position par des adhérences et des ligaments utéro-sacrés rétractés et très douloureux. Le moindre mouvement qu'on imprime à l'utérus est extrêmement douloureux.

Rien de particulier du côté des annexes.

Columnisation, 21 novembre 1893.

28 novembre. — Dès le premier jour la malade se sentait déjà mieux ; elle marchait plus facilement quoique souffrant toujours un peu. Ce mieux a persisté les jours suivants. Maintenant on constate au toucher que l'utérus est toujours en rétroversion adhérente, mais que les tissus commencent à se ramollir ; le toucher quoique douloureux l'est beaucoup moins qu'il y a huit jours. Séance de massage de 10 minutes assez bien supportée, sans trop de souffrances. Columnisation.

5 décembre. — Aujourd'hui la malade se sent tout à fait bien. Elle n'a plus souffert, dit-elle, depuis quatre jours. Elle marche très bien et n'éprouve plus de douleurs. A l'examen, on constate que l'utérus est devenu mobilisable ; néanmoins il ne se réduit pas complètement ; quelques adhérences, très légères, occupant le cul-de-sac de Douglas, l'empêchent de reprendre sa position normale. On ne sent plus les ligaments utéro-sacrés rétractés. Columnisation.

12 décembre. — La malade va tout à fait bien. Elle n'a senti aucune douleur depuis huit jours. Elle marche sans éprouver aucune gêne. A l'examen on constate que tout va bien. Utérus parfaitement mobilisable. Après une séance de massage, on le réduit à l'aide de l'hystéromètre et l'on applique un pessaire. Elle part très satisfaite de son rapide soulagement.

9 janvier 1894. — Depuis un mois le pessaire a été assez bien supporté, mais il est tombé ces jours-ci et la malade revient pour cela. On en place un plus grand.

15 février 1894. Ce second pessaire était douloureux, la malade l'a enlevé au bout de cinq jours, le 14 janvier. Depuis, elle a recommencé à souffrir de nouveau. Au toucher, nous

constatons que des deux côtés, les ligaments utéro-sacrés sont extrêmement douloureux. Le douglas est occupé par des brides très sensibles. Columnisation très serrée.

1^{er} mars 1894. — La columnisation, suivie de massage, a été renouvelée trois fois depuis le 15 février. La malade se sent bien mieux. Elle a recommencé à marcher facilement et sans douleur depuis la première columnisation. A l'examen, nous voyons que les brides latérales ont disparu. Celles du cul-de-sac postérieur persistent, mais moins douloureuses. Columnisation.

22 mars 1894. — Du 1^{er} au 22 mars, la malade a eu trois séances de columnisation. Aujourd'hui la malade est complètement guérie. Au toucher, nous constatons que tout est normal. Plus de brides ni d'adhérences d'aucune sorte; l'utérus est devenu complètement mobilisable. Nous faisons une séance de massage, puis nous appliquons un pessaire rond, recommandant à la malade de revenir dans six mois pour qu'on l'enlève s'il y a lieu.

23 octobre 1894. — La malade vient nous trouver pour faire enlever son pessaire qu'elle porte depuis sept mois. Elle se déclare satisfaite. Depuis qu'elle porte son pessaire, elle travaille et marche tout à fait bien. Pas de douleurs. Les règles se passent normalement. A peine a-t-elle quelques légères pertes blanches qui cèdent facilement aux injections de propreté. Le toucher, pratiqué très attentivement, nous permet de constater que l'utérus est en bonne position. Pas de brides, pas de rétractions ligamenteuses. En présence de cet état de tous points satisfaisant, la continuation du port du pessaire est jugée inutile et l'on ne remet pas l'instrument. Toutefois nous recommandons à la femme de revenir à la consultation aussitôt qu'elle éprouverait le moindre malaise du côté de ses organes pelviens.

La femme est revue de temps en temps, à partir de janvier 1895. Elle est enceinte, les dernières règles datent du 15 octobre 1894. La grossesse suit son cours normal, mais il y a des douleurs, surtout du côté droit, qui obligent fréquemment

la femme à prendre du repos, et nécessitent à trois reprises l'application de vésicatoires.

Les deux derniers mois de la grossesse se passent bien, et celle-ci se termine heureusement le 18 juillet 1895.

Présentation O I G A, enfant petit, mais bien portant. Les eaux ont commencé à s'échapper cinq jours avant l'accouchement. Au moment même de celui-ci, décollement placentaire; avant la naissance de l'enfant, la malade a perdu environ 450 à 500 grammes de sang. La délivrance suit immédiatement l'expulsion du fœtus.

A la date du 23 juillet, la nouvelle accouchée va très bien. Elle sera d'ailleurs suivie ultérieurement avec attention.

OBSERVATION II.

Douglassite. — Rétroflexion avec adhérences. — Colum-nisation, puis massage. — Disparition immédiate des douleurs.

Elisa Gard. ., 19 ans, repasseuse. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, perd pendant trois jours. Leucorrhée légère, mais constante depuis plusieurs années.

Accouchement prématuré, il y a un an, à la fin du sixième mois.

La malade est apportée à la clinique le 17 juin 1895.

Les douleurs ont commencé brusquement, il y a treize jours, vers le 4 juin. Elle a été soignée en ville par un médecin qui a prescrit les révulsifs sur la paroi abdominale, les lavements chauds, l'antipyrine et le sirop de morphine à l'intérieur. Mais son état ne faisant que s'aggraver, elle se décide à venir à l'hôpital. Elle éprouve des douleurs extrêmement violentes dans les deux fosses iliaques. Ces douleurs toutefois n'irradient que très peu dans la région lombaire; elles sont

si violentes, que depuis le début de sa maladie la patiente n'a pu faire un mouvement hors de son lit. Elle vient dans cet état à la Charité. On l'amène en voiture jusqu'à la porte de l'hospice, et sur un brancard depuis la porte jusqu'à la salle Sainte-Marie, située au premier étage. Après deux heures de repos M. Jeannin, interne du service, l'examine dans la salle d'opérations. On est obligé pour cela de descendre la malade par l'ascenseur qui sert habituellement à remonter les opérées après les grandes interventions. Le moindre mouvement est excessivement pénible. M. Jeannin constate que l'utérus, en rétroflexion, est très adhérent, et que le col est coudé très fortement au niveau de l'isthme. Dans le cul-de-sac de Douglas, très induré, presque nul, extrêmement douloureux au toucher, il perçoit des brides et des adhérences très fortes, maintenant l'utérus dans sa mauvaise position. Il pratique sur le champ une columnisation.

Aussitôt, la malade est soulagée ; elle descend toute seule de la table d'opération, remonte, sans aucun aide, dans la salle, en passant par l'escalier de service. Toutes ses douleurs ont disparu comme par enchantement. Elle se sent tellement bien qu'elle demande aussitôt à quitter l'hôpital, ce qui ne lui est accordé que le lendemain matin après dix-huit heures de séjour.

C'est à ce moment que nous la voyons nous-même.

Le 25 juin la patiente revient pour faire renouveler son tamponnement. L'amélioration des premiers instants a persisté ; elle va tout à fait bien, mais au toucher on constate que la rétrodéviatiou est encore irréductible et le douglas encore induré.

Du 25 juin au 10 juillet, la malade subit cinq séances de columnisation et en même temps plusieurs séances de massage. A ce moment, bien que la rétroflexion persiste encore, le douglas est plus souple, les brides se perçoivent mieux au toucher et les manœuvres gynécologiques se font toujours sans douleur. La malade nous dit qu'elle reprendra son travail le lendemain.

Du 10 au 22 juillet, la malade a travaillé régulièrement à son métier de repasseuse. Ses columnisations ont été renouvelées encore quatre fois et nous avons fait trois séances de massage.

Notre observation s'arrête à cette date, 23 juillet 1895. Dans peu de jours nous pratiquerons la réduction de l'utérus dévié et déjà à peu près réductible à l'heure actuelle. Nous suivrons d'ailleurs attentivement ce cas et le reste de l'observation sera publié s'il y a lieu.

OBSERVATION III.

Douglassite. — Adhérences et antéflexion légère. — Probablement grossesse au début.

Marie Bourg..., femme Thév..., culottière, 21 ans, mariée à l'âge de 18 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement. Les règles sont un peu douloureuses et elle perd pendant cinq jours chaque fois. Leucorrhée abondante, surtout depuis son mariage.

Un accouchement il y a dix-huit mois. Celui-ci avait été précédé d'une fausse couche au quatrième mois, il y a deux ans et demi.

La maladie actuelle a débuté au moment de la fausse couche qui mit fin à la première grossesse. Depuis, elle n'a cessé de souffrir. Elle accuse des douleurs vagues dans l'abdomen et les reins, s'exagérant beaucoup par les efforts et par la marche. La seconde grossesse, néanmoins, a été assez satisfaisante. La patiente a recommencé à souffrir davantage après celle-ci. Elle éprouve en outre des maux de tête, des maux d'estomac et des troubles digestifs divers.

Elle se présente à la consultation le 4 juillet 1895. Nous constatons alors l'existence d'une douglassite. Le cul-de-sac postérieur est induré; le toucher est douloureux, surtout à

gauche. De ce côté, on sent un ligament utéro-sacré rétracté formant une bride qui attire légèrement en arrière le col utérin. L'utérus, lui-même, par suite, se trouve placé en antéflexion légère, ou plutôt en anté-courbure.

Nous faisons aussitôt une première columnisation. Celle-ci est très bien supportée ; le lendemain, 5 juillet, la malade dit déjà qu'elle se sent beaucoup mieux. Nous faisons alors une courte séance de cinq minutes de massage. Jusqu'au 12 juillet nous faisons ainsi cinq columnisations et quatre massages qui amènent la disparition complète de la douglasite et la cessation absolue de tous les phénomènes douloureux qui tourmentaient la malade depuis si longtemps.

Néanmoins, le 12 juillet, nous voulions encore faire une dernière séance de columnisation avant de renvoyer la patiente quand celle-ci nous annonça qu'elle avait un retard de dix jours sur l'époque présumée de ses règles, lesquelles devaient survenir le 2 juillet. Elle est très désireuse d'avoir un autre enfant ; elle se croit enceinte ; ce qui nous ferait penser qu'elle a raison, c'est qu'au toucher nous constatons un col utérin un peu plus mou qu'à l'état normal. D'ailleurs, la femme nous dit qu'elle ressent depuis une huitaine de jours les mêmes symptômes éprouvés déjà dans ses grossesses précédentes, et notamment qu'elle a un gonflement particulier des seins ; quelques gouttes de lait viennent sourdre aux mamelons depuis ces jours-ci quand elle les presse.

En présence de ces faits, nous ne faisons pas de columnisation nouvelle ; d'autant plus que la malade va très bien. Nous lui recommandons toutefois de vouloir bien nous tenir au courant de la marche des choses.

23 juillet 1895. — Nous revoyons aujourd'hui la femme. Les symptômes du début d'une grossesse vont en s'accroissant. Les règles n'ont pas paru. L'amélioration produite par le traitement persiste.

Cette malade, elle aussi, sera suivie avec attention.

CONCLUSIONS.

I. — La columnisation, procédé de traitement simple et pratique employé depuis peu en France, mérite d'être prise en très sérieuse considération.

II. — Selon les indications fournies par les circonstances, la columnisation sera faite d'après le procédé habituel décrit au cours de ce travail, ou bien d'après le procédé de l'éponge (R. Condamin), ou encore d'après le procédé de la mèche de laine (H. Quincieu).

III. — Les effets immédiats sont en général excellents, et elle agit ainsi dans de nombreux cas où les traitements habituels ont échoué. De plus, elle présente l'avantage de ne pas exiger le repos et de ne pas déranger les malades de leurs occupations journalières.

IV. — Les effets tardifs, quoique moins brillants, sont encore très bons. Beaucoup de femmes, en recommençant de temps à autre le traitement pendant quelques jours, peuvent se maintenir en bonne santé habituelle.

V. — L'emploi de la méthode est particulièrement indiqué :

1° Chez les malades affectées de déviations utérines

adhérentes et irréductibles, qui ne peuvent pas supporter les pessaires. Ce traitement est souvent suffisant pour guérir ces affections sans avoir recours à une intervention chirurgicale.

2° Chez les malades qui souffrent de prolapsus tubaires ou ovariens, et dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant très pénibles la marche et les moindres efforts.

3° Chez les malades atteintes de paramérite postérieure ou douglassite, lésions qui s'accompagnent parfois de douleurs très violentes.

4° Chez les malades atteintes d'inflammations péri-utérines et des annexes passées à l'état chronique.

5° Chez certaines femmes qui sans présenter de lésions bien appréciables, se plaignent d'être toujours gênées et de ne pouvoir marcher et vaquer à leurs occupations sans éprouver des douleurs plus ou moins violentes.

VI. — En cas de nécessité, et pratiquée avec de grandes précautions, la columnisation est compatible avec l'existence d'une grossesse au début.

VII. — La columnisation est absolument contre-indiquée dans les cas aigus.

VU : LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
LAROYENNE.

Permis d'imprimer
Lyon, le 23 juillet 1895.

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
Introduction	3
CHAPITRE I. — Historique.....	7
CHAPITRE II. — Manuel opératoire.....	11
A. — Procédé de Talliaferro.....	11
Procédé d'Auvard.....	14
B. — a) Procédé habituel, avec tampons de coton et spéculum, employé à la clinique de M. le professeur Laroyenne.....	19
b) Procédé spécial, avec tompons, sans spé- culum.....	26
c) Procédé de l'éponge (R. Condamin).....	27
d) Procédé de la mèche de laine (H. Quincieu).	27
e) Substances médicamenteuses employées dans la columinisation.....	29
CHAPITRE III. — Mode d'action et indications.....	33
Effets généraux.....	33
A. — Emploi de la columinisation dans les déviations utérines adhérentes.....	34

	Pages.
<i>B.</i> — Emploi de la columnisation dans les déviations utérines consécutives aux inflammations des annexes	35
<i>C.</i> — Emploi de la columnisation dans la paramé- trite postérieure ou douglassite.....	36
<i>D.</i> — Emploi de la columnisation dans le cas de douleurs produites par un pessaire.....	40
<i>E.</i> — Emploi de la columnisation comme support mécanique dans les cas de prolapsus des annexes	40
<i>F.</i> — Emploi de la columnisation dans le cas de douleurs sans lésions bien marquées.....	41
<i>G.</i> — Contre-indication de la méthode dans les cas aigus.....	41
 CHAPITRE IV. — Traitement complémentaire de la colum- nisation.....	 43
<i>A.</i> — Traitement interne par la médication hydrag- yrique.....	43
<i>B.</i> — Traitement externe.....	45
<i>a)</i> Injections vaginales et lavements chauds.	45
<i>b)</i> Massage.....	46
<i>C.</i> — Traitement tardif. — Pessaires.....	51
 CHAPITRE V. — Considérations générales sur la valeur de la columnisation.....	 55
<i>A.</i> — Valeur immédiate de la columnisation.....	55
<i>a)</i> Au point de vue du soulagement des phé- nomènes douloureux.....	55
<i>b)</i> Au point de vue de la guérison des lésions.	57

	Pages.
c) Au point de vue de la précision du diagnostic.....	57
d) Possibilité d'employer la columnisation quand elle est indiquée au début d'une grossesse.....	58
B. — Valeur de la columnisation au point de vue des résultats éloignés.....	60
CHAPITRE VI. — Observations.....	63
Conclusions.....	71

ERRATA.

Page 7, note (2), au lieu de « of theu terus », lire : *of the uterus.*

Page 8, note (3), au lieu de « cronich », lire : *chronic.*

Page 16, 8^e ligne, au lieu de « de deux jours en jours »,
lire : *de deux jours en deux jours.*

Id. 13^e ligne, au lieu de « des tampons, en pénétrant »,
lire : *des tampons, et en pénétrant.*

Id. 21^e ligne, au lieu de « de quelles circonstances »,
lire : *de telles circonstances.*

Page 19, 24^e ligne, au lieu de « Les premiers, qui devraient rester », lire : *Les premiers, qui doivent rester.*

Page 21, 3^e ligne, au lieu de « l'urètre et une gêne très notable », lire : *l'urètre et à une gêne très notable.*

Page 29, 5^e ligne, au lieu de « On peut la conserver », lire :
On peut la réserver.

Page 33, 4^e ligne, au lieu de « produit le mode », lire :
produit ce mode.

Page 46, 19^e ligne, au lieu de « au moyen de massage »,
lire : *au moyen du massage.*

Page 60, 4^e ligne, au lieu de « huitième mois », lire :
huitième mois, d'un fœtus mort et déjà macéré.
